

# ภาวะเลือดกำเดาไหล

## (Epistaxis)

### คำจำกัดความ และอุบัติการณ์

ภาวะเลือดกำเดาไหล (epistaxis) หมายถึง การที่มีเลือดออกจากโพรงจมูกทางด้านหน้า หรือด้านหลังโพรงจมูก อาจออกข้างเดียวหรือ 2 ข้างก็ได้ สามารถพบได้ทุกเพศและทุกวัย มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ภาวะนี้มักพบในช่วงฤดูที่มีอากาศหนาวมากกว่าฤดูอื่นๆ เนื่องจากในฤดูหนาว มีความชื้นในอากาศที่ลดลง และมีอุบัติการณ์ของหวัดหรือการอักเสบติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนต้นเพิ่มขึ้น เป็นการยากที่จะประมาณอุบัติการณ์ของการเกิดของภาวะเลือดกำเดาไหลในประชากรทั่วไป เนื่องจากภาวะนี้อาจหายได้เองหรือดีขึ้นได้เองโดยการดูแลรักษาตามอาการโดยไม่ต้องมาพบแพทย์.

ภาวะเลือดกำเดาไหล อาจมีสาเหตุโดยตรงจากโรคของจมูก หรือไซนัสเอง หรือเป็นผลจากโรคอื่น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยภาวะนี้ สามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีเลือดออกจำนวนน้อยๆ และหยุดได้เอง แต่เป็นมาแล้วหลายครั้ง มักจะเป็นเด็กหรือวัยรุ่น ที่มีเลือดออกมาจากจมูกทางส่วนหน้า (anterior epistaxis).
2. กลุ่มที่มีเลือดออกจากจมูกเพียงครั้งเดียว แต่มีจำนวนเลือดมาก และไม่สามารถหยุดได้เอง มักจะเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว (underlying disease) อยู่แล้ว เช่น ความดันโลหิตสูง และเลือดที่ออกมักจะมีมาจากโพรงจมูกทางส่วนหลัง (posterior epistaxis).

### กายวิภาคของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงโพรงจมูก (blood supply of nose)

โพรงจมูกเป็นบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงเป็นปริมาณมาก โดยมีหลอดเลือดแดงมาเลี้ยงจาก 2 ระบบ คือ

#### 1. ระบบ external carotid artery มีแขนงที่มาเลี้ยงจมูก 2 แขนง คือ

- 1.1) Internal maxillary artery วิ่งเข้าไปลึกต่อส่วน neck ของกระดูก mandible และผ่านเข้าไปสู่ infratemporal fossa และบริเวณกล้ามเนื้อ lateral pterygoid และสิ้นสุดที่



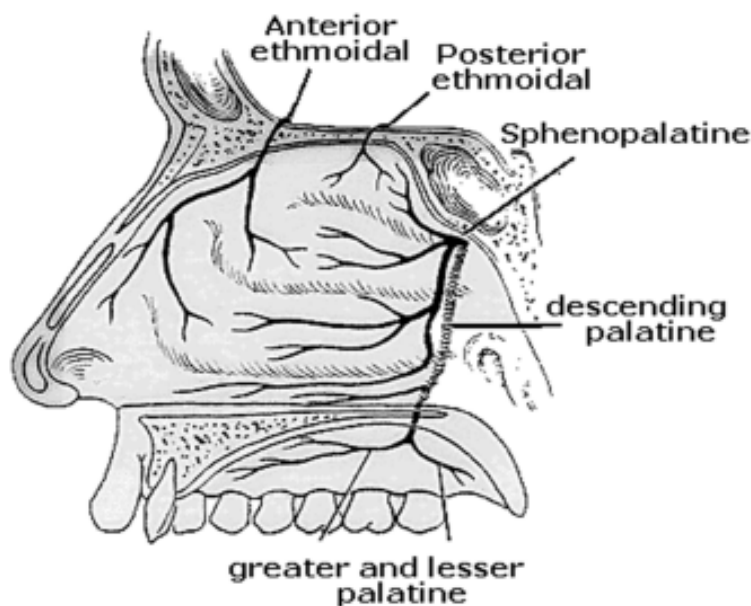
ปารยะ อาศนะเสน พ.บ.,  
รองศาสตราจารย์  
ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

pterygomaxillary fossa ซึ่งหลอดเลือดนี้จะแตกแขนงต่อเป็น posterior/superior alveolar, descending palatine, infraorbital, sphenopalatine, pharyngeal และ pterygoid canal artery หลอดเลือด descending palatine จะวิ่งผ่านลงไปสู่ greater palatine canal และให้แขนงไปเลี้ยงผนังจมูกด้านข้าง (branch to lateral nasal wall) (ภาพที่ 1). นอกจากนี้ยังให้แขนงไปเลี้ยงผนังกันช่องจมูก (nasal septum) ทาง incisive foramen (ภาพที่ 2) หลอดเลือด sphenopalatine มักจะแตกแขนงที่บริเวณ sphenopalatine foramen แล้วเข้าสู่โพรงจมูกเลี้ยงผนังจมูกด้านข้างและเชื่อมต่อกับ ethmoidal arteries (ภาพที่ 1) หลอดเลือดส่วนปลายสุดของ sphenopalatine artery จะผ่านทางด้านบนของโพรงจมูกเพื่อไปเลี้ยงผนังกันช่องจมูก (septal branch) และเชื่อมต่อกับหลอดเลือด greater palatine และ superior labial ทำให้เกิดเป็นบริเวณที่เรียกว่า Kiesselbach's plexus ที่บริเวณผนังกันช่องจมูกทางส่วนหน้า (Little's area) (ภาพที่ 2) ซึ่งตำแหน่งนี้เองเป็นตำแหน่งที่พบว่ามีเลือดออกจากจมูกได้บ่อยที่สุด.

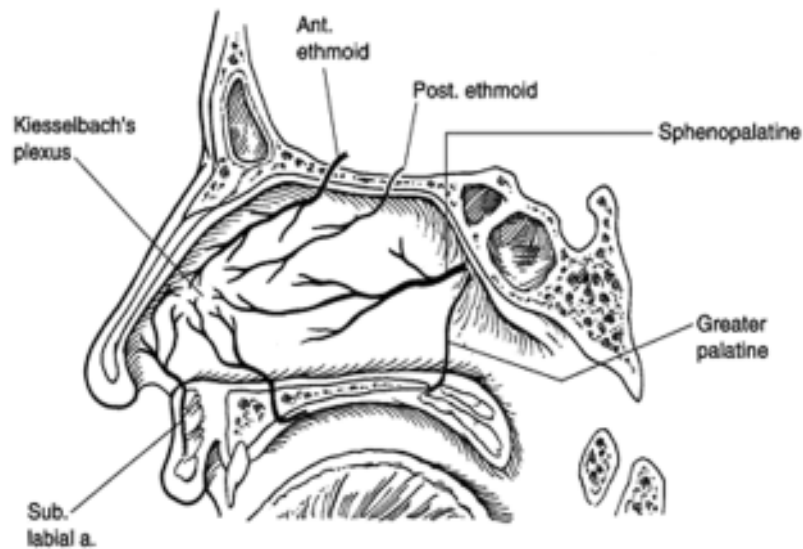
1.2) Facial artery แยกออกมาจาก external carotid artery ส่วนต้นๆ และให้แขนง (septal branch of superior labial artery) ไปยังบริเวณ Kiesselbach's plexus และบริเวณพื้นจมูกทางส่วนหน้า.

**2. ระบบ internal carotid artery** ให้แขนงเลี้ยงโพรงจมูกโดยผ่านมากับ ophthalmic artery ซึ่งเข้าสู่เบ้าตาทาง superior orbital fissure แล้วแบ่งเป็น 2 แขนง คือ anterior และ posterior ethmoidal arteries ซึ่งจะไปเลี้ยงผนังกันช่องจมูกทางด้านบน และผนังจมูกด้านข้าง (ภาพที่ 1, 2).

Anterior ethmoidal artery จะเป็นแขนงที่ค่อนข้างใหญ่กว่า และวิ่งออกจากเบ้าตาทาง anterior ethmoidal foramen และผ่าน ethmoid sinus เข้าสู่ anterior cranial fossa แล้วทะลุ cribriform plate สู่โพรงจมูก และแบ่งเป็น septal และ lateral branches septal branch ของหลอดเลือดนี้จะไปเชื่อมกับ Kiesselbach's plexus ที่บริเวณด้านหน้าของผนังกันช่องจมูก (ภาพที่ 2).



ภาพที่ 1. ภาพแสดงหลอดเลือดที่เลี้ยงผนังจมูกด้านข้าง (lateral nasal wall).



ภาพที่ 2. ภาพแสดงหลอดเลือดที่เลี้ยงผนังกันช่องจมูก (nasal septum) และ Kiesselbach's plexus.

Posterior ethmoidal artery จะออกจาก เบ้าตาแล้วเข้าสู่โพรงจมูกทาง posterior ethmoidal foramen และผ่าน ethmoid sinus เข้าสู่ anterior cranial fossa แล้วทะลุ cribriform plate สู่อโพรงจมูก และแบ่งเป็น septal และ lateral branches เช่นเดียวกับ anterior ethmoidal artery.

หลอดเลือดดำที่มาเลี้ยงจมูกนั้นจะมากู่ขนาน กับหลอดเลือดแดง.

**ตำแหน่งที่พบเลือดกำเดาไหล** แบ่งได้เป็น

**1. เลือดออกจากด้านหน้าของโพรงจมูก (anterior bleeding)** ซึ่งพบได้ร้อยละ 90 ของภาวะ เลือดกำเดาไหลทั้งหมด มักพบในเด็กและวัยรุ่นที่มี ประวัติแคะจมูก หรือมีเยื่อจมูกอักเสบ ส่วนมาก เลือดมักออกจากบริเวณผนังกันช่องจมูกด้านหน้าที่ เรียกว่า Little's area ซึ่งเป็นที่อยู่ของ Kiesselbach's plexus ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดหลายแขนงรวมกัน ได้แก่ septal branch ของ sphenopalatine artery, greater palatine artery, superior labial artery และ anteri-

or ethmoidal artery (ภาพที่ 2) ตำแหน่งนี้สามารถ มองเห็นได้ง่ายจากการตรวจโพรงจมูกทางด้านหน้า.

**2. เลือดออกจากด้านหลังของโพรงจมูก (posterior bleeding)** คือ มีเลือดไหลลงคอ ซึ่งมักจะ มีอาการรุนแรงกว่า และพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมีภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ร่วมด้วย หรือพบในผู้ป่วยที่มีเนื้องอก บริเวณโพรงหลังจมูกชนิด nasopharyngeal angiofibroma เป็นต้น โดยเลือดมักออกจาก sphenopalatine artery หรือแขนงของมัน ตำแหน่งนี้สามารถมองเห็น ได้จากการตรวจโพรงจมูกทางด้านหลัง ด้วยการส่อง กล้องตรวจในโพรงจมูก.

**3. เลือดออกจากด้านบนของโพรงจมูก (superior bleeding)** มักเป็นตำแหน่งที่สูงกว่า middle turbinate ซึ่งเลือดอาจออกจากแขนงของ anterior ethmoidal, posterior ethmoidal หรือ sphenopalatine artery เลือดออกจากตำแหน่งนี้มัก พบได้น้อยกว่า 2 ชนิดแรก โดยอาจเกิดจากการผ่าตัด ไชน์ส, อุบัติเหตุบริเวณศีรษะ หรือเนื้องอกบางชนิด เป็นต้น.

## สาเหตุของเลือดกำเดาไหล

### 1. สาเหตุเฉพาะที่ (local factors) ได้แก่

1.1 การบาดเจ็บบริเวณจมูก (mechanical or traumatic cause) เช่น การแคะจมูกที่ทำบ่อยจนติดเป็นนิสัย ทำให้ส่วนด้านหน้าของผนังช่องจมูกระคายเคือง และเป็นแผลเรื้อรัง, การได้รับแรงกระแทกที่จมูก (ซึ่งอาจมีกระดูกของจมูกแตกหักร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้), การผ่าตัดในโพรงจมูก เช่น การผ่าตัด inferior turbinate, การผ่าตัดผนังช่องจมูก, การผ่าตัดโพรงไซนัส, การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางจมูก, การใช้ยาสเตียรอยด์พ่นจมูก หรือสูดดมโคเคนอย่างไม่ถูกต้องเป็นเวลานานๆ, การสั่งน้ำมูกแรงๆ หรือการเปลี่ยนแปลงความกดอากาศอย่างรวดเร็ว (barotrauma) เช่น ระหว่างขึ้นเครื่องบิน หรือดำน้ำ เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวเหล่านี้ จะทำให้เลือดออกจากจมูก เนื่องจากมีการฉีกขาดของเยื่อโพรงจมูก (mucosal laceration) เลือดที่ออก มักจะออกเป็นปริมาณไม่มาก เป็นระยะเวลายาวๆ และอาจมีอาการเลือดออกซ้ำในช่วงระยะ healing period การบาดเจ็บบริเวณศีรษะและใบหน้าอย่างรุนแรง จะทำให้เลือดออกจากจมูกเป็นปริมาณมากในระยะแรกได้ แต่ถ้ามีเลือดออกจากจมูกหลังจากการบาดเจ็บในระยะเวลาคือเป็นสัปดาห์นั้น ควรนึกถึง traumatic aneurysm ด้วย.

1.2 การอักเสบในโพรงจมูก (inflammation) เช่น จากการติดเชื้อไวรัส, โรคจมูกอักเสบภูมิแพ้ (allergic rhinitis), ไซนัสอักเสบ, สิ่งแปลกปลอมในจมูก, การสัมผัสกับสารระคายเคืองต่างๆ เช่น การใช้โคเคนสูดทางจมูก รวมทั้งการใช้ nasal continuous positive airway pressure (CPAP) หรือการให้ออกซิเจนที่มีความชื้นต่ำ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเหล่านี้ จะทำให้มีเลือดคั่งที่เยื่อบุจมูกมากกว่าปกติ และหลอดเลือดแตกได้ง่าย เลือดที่ออกจากสาเหตุนี้มักจะปนมากับน้ำมูก แต่ถ้าความรุนแรงของการอักเสบเพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วยสั่งน้ำมูกแรงๆ ก็อาจจะมีเลือดออกมากได้.

1.3 ความผิดปกติทางกายวิภาค (structural deformity) เช่น ผนังช่องจมูกคด (deviated

nasal septum) หรือมีกระดูกงอก (spur) หรือมีรูทะลุ (septal perforation) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอากาศที่ผ่านเข้าออก ผู้ป่วยมักมีเลือดกำเดาไหลข้างที่มีผนังช่องจมูกคด หรือข้างที่แคบ เนื่องจากข้างที่แคบนั้นมีลมหายใจหรืออากาศผ่านเข้า-ออก มากและเร็วกว่า ทำให้เยื่อบุจมูกบริเวณดังกล่าวแห้ง มีสะเก็ด (crust) และเปราะบาง (friable) ทำให้มีเลือดออกได้ง่าย จุดที่มักจะมีเลือดออกนั้น มักจะเป็นที่ตำแหน่งทางด้านหน้าของบริเวณที่มีการคดงอ หรือ spur.

1.4 เนื้องอก (tumor) เช่น มะเร็งในจมูก ไซนัส หรือโพรงหลังจมูก หรือเนื้องอกชนิดไม่ร้าย เช่น nasopharyngeal angiofibroma อาจทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกจากจมูกได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกจากจมูกเป็นๆ หายๆ หรือเลือดออกจมูกเป็นปริมาณมาก ควรได้รับการส่องกล้องตรวจในโพรงจมูก หรือได้รับการตรวจทางรังสีว่ามีเนื้องอกเป็นสาเหตุหรือไม่.

1.5 ความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงจมูก เช่น posttraumatic aneurysm ของ internal carotid artery, carotid-cavernous sinus fistula หรือ arterio-venous malformation (AVM) จากอุบัติเหตุ เป็นต้น.

### 2. สาเหตุจากโรกระบบอื่นๆ (systemic factors)

2.1 โรคเลือดชนิดต่างๆ ได้แก่ ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (coagulopathy) เช่น Hemophilia, Von Willebrand's disease, coagulation factor deficiency ชนิดต่างๆ, โรคตับแข็ง, การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants), การขาดวิตามิน K, ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) หรือทำงานบกพร่อง (platelet dysfunction) เช่น ได้รับยา aspirin หรือ NSAIDs เป็นต้น.

2.2 โรคของหลอดเลือด เช่น Osler-Weber-Rendu's disease (hereditary hemorrhagic telangiectasia) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งพบบ่อยในโรคความดันโลหิตสูง

เป็นต้น.

2.3 ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) พบได้ราวร้อยละ 10.

**แนวทางการรักษา** มีหลักการสำคัญ ดังนี้

### 1. การประเมินความรุนแรงและแก้ไขภาวะที่เกิดจากการเสียเลือดและการหาสาเหตุ

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเป็นอันดับแรก คือ การประเมินทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตเบื้องต้น และแก้ไขอย่างทันที่ โดยดูจากประวัติอาการของผู้ป่วย รวมถึงการตรวจสัญญาณแสดงชีพ เช่น ความดันโลหิต และชีพจร เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกหรือไม่ และให้การรักษาแบบฉุกเฉินก่อน เช่น การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การจองเลือดไปพร้อมๆ กับการห้ามเลือด แล้วจึงค้นหาสาเหตุของเลือดกำเดาไหล.

โดยทั่วไปเราอาจแบ่งระดับความรุนแรงของเลือดกำเดาไหลออกเป็น

1. ระดับน้อย (mild epistaxis) หมายถึง มีเลือดออกปริมาณน้อย ไม่สามารถวัดปริมาณได้ชัดเจน เช่น เปื้อนผ้าเช็ดหน้า หรือกระดาษชำระ และมักหยุดได้เอง.

2. ระดับปานกลาง (moderate epistaxis) หมายถึง เลือดออกมากขึ้น และระบุปริมาณได้ เช่น มากกว่า 100 มล. หรือเปรียบเทียบเป็น ½ แก้วน้ำดื่ม เป็นต้น ส่วนสัญญาณแสดงชีพยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ.

3. ระดับรุนแรง (severe epistaxis) หมายถึง เลือดออกมาก จนมีอาการแสดงของ hypovolemia หรือภาวะช็อก เช่น ชีพจรเต้นเร็ว เบา ความดันโลหิตต่ำ หรือมี orthostatic hypotension และรวมถึงกลุ่มที่เลือดไหลไม่หยุด แม้ว่าได้รับการทำ anterior และ posterior nasal packing แล้ว.

ประวัติปัจจุบันที่ได้จากผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิด จะมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยหาสาเหตุ แต่ถ้าผู้ป่วยกำลังมีอาการเลือดออกอยู่ ก็ควรที่จะทำการรักษาไปพร้อมกับการซักประวัติ ควรซักประวัติเกี่ยวกับปริมาณ, ความรุนแรง, ระยะเวลา และความถี่ บ่อย ของเลือดที่

ออก และด้าน (ซ้าย-ขวา) ของจมูกที่มีเลือดออก ควรถามประวัติเกี่ยวกับอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ประวัติการบาดเจ็บบริเวณจมูก ประวัติสุขภาพโดยรวม ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา จากนั้นจึงเริ่มการตรวจร่างกายทั่วไปตรวจศีรษะ และลำคอ ตรวจในโพรงจมูกโดยใช้ nasal speculum หรือใช้ otoscope โดยตรวจทั้งก่อน และหลังใช้ยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่พ่น หรือป้ายในโพรงจมูก การใช้กล้องส่องตรวจในโพรงจมูก ส่องหาตำแหน่งที่เลือดออก ก็จะช่วยในการวินิจฉัยในผู้ป่วยบางราย การส่งตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น การตรวจหาระดับ coagulation factors, เกล็ดเลือด ส่วนในกรณีที่ต้องการประเมินลักษณะทางกายวิภาคในโพรงจมูก หรือสงสัยว่าผู้ป่วยอาจเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง อาจส่งตรวจทางรังสีวิทยา เช่น plain film, CT scan หรือ MRI.

### 2. การห้ามเลือด (bleeding control)

การรักษาผู้ป่วยที่ตำแหน่งเลือดออกอยู่ด้านหน้า ผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่ง และมีแสงสว่างที่จะส่องถึงบริเวณที่ตรวจเพียงพอ สิ่งแพทย์จะต้องเตรียมไว้ ได้แก่ ยาชา เครื่องดูดเลือดและเสมหะ วัสดุที่จะใช้หยุดเลือด หรือใช้จับบริเวณที่เลือดออก ผู้ตรวจและผู้ช่วย ควรจะใส่แว่นรวมทั้งใส่เสื้อกาวน์ และถุงมือเพื่อป้องกันเลือดด้วย จากนั้นเริ่มตรวจจมูก และดูดลิ้มเลือดที่ค้างในโพรงจมูกออกมา หลังจากนั้นใช้ยาชาเฉพาะที่ป้ายในจมูก โดยใช้สำลีหรือ cottonoids ที่ชุบ cocaine ความเข้มข้น 4% ในกรณีที่ไม่มี cocaine อาจใช้ส่วนผสมระหว่าง 4% lidocaine กับ oxymetazoline หรือ ephedrine ในอัตราส่วน 1 : 1.

การรักษาผู้ป่วยที่ตำแหน่งเลือดออกอยู่ด้านหลัง ควรทำการรักษาเป็นขั้นตอนโดยเริ่มตั้งแต่การทำ anterior และ posterior nasal packing ถ้าไม่สามารถหยุดเลือดได้ อาจทำการผูกหลอดเลือดแดงหรือพิจารณาทำ embolization ส่วนการใช้กล้อง rigid endoscope นั้นเป็นที่นิยมมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากสามารถเห็นตำแหน่งที่มีเลือดออกได้ชัดเจนมากขึ้นโดยเฉพาะบริเวณ

โพรงจมูกด้านหลังและอาจใช้ร่วมกับการจี้จุดเลือดออก. การห้ามเลือดโดยวิธีการต่างๆ เรียงตามระดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก และตามตำแหน่งที่เลือดออก มีดังนี้

**2.1 การกดบีบ (pressure)** เป็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการให้ผู้ป่วยใช้นิ้วชี้และหัวแม่มือบีบปีกจมูกทั้ง 2 ข้างให้แน่นเป็นเวลา 5-10 นาที โดยให้หายใจทางปากแทน เพื่อกดบริเวณ Little's area ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีเลือดออกบ่อยที่สุด อาจใช้น้ำแข็งประคบบริเวณจมูกด้านนอก หรือใช้สาลีชุบ ephedrine หรือ oxymetazoline ใส่เข้าไปในจมูกแล้วบีบไว้ เพื่อให้หลอดเลือดหดตัว ถ้ามีเลือดไหลลงคอ ให้บ้วนใส่ภาชนะเพื่อประเมินจำนวนเลือด และป้องกันการอาเจียนจากการกลืนเลือดเข้าไปมาก.

**2.2 การใช้ยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ (topical decongestants)** ในกรณีที่เลือดออกปริมาณน้อย (mild epistaxis) อาจใช้ยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ หยอดจมูก ซึ่งออกฤทธิ์โดยกระตุ้น  $\alpha$ -1 และ  $\alpha$ -2 receptors ทำให้ venous sinusoids ในเยื่อจมูกหดตัว ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ 1-3% ephedrine หรือ 0.025-0.05% oxymetazoline เป็นต้น การใช้ยาหยอดจมูกในกลุ่มนี้ ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน เนื่องจากอาจเกิด rhinitis medicamentosa หรือ rebound rhinitis ได้.

**2.3 การจี้จุดเลือดออก (cauterization)** เลือกใช้ในรายที่มีเลือดออกปริมาณไม่มาก (mild epistaxis) หรือมีเลือดออกซ้ำที่เดิมบ่อยๆ และเห็นตำแหน่งที่เลือดออกชัดเจน จากการตรวจด้วยเครื่องมือธรรมดา หรือใช้กล้องส่องตรวจโพรงจมูก (nasal endoscopy) การใช้กล้อง endoscope ทั้งแบบ rigid และแบบ flexible จะทำให้สามารถเห็นตำแหน่งที่มีเลือดออกได้ชัดเจนมากขึ้น การจี้ห้ามเลือดนี้สามารถทำได้โดยใช้สารเคมี (chemical cauterization) เช่น 20% silver nitrate หรือ 50% (หรือ 85%) trichloroacetic acid ซึ่งเหมาะกับเลือดออกที่ตำแหน่ง Little's area หรืออาจใช้ไฟฟ้า (electric cauteriza-

tion) ซึ่งต้องระมัดระวังความร้อนที่มากเกินไป อาจทำให้ผนังกันช่องจมูกทะลุได้ และในบางกรณีอาจเลือกใช้เลเซอร์ (laser cauterization) เช่น ใช้ carbon-dioxide laser รักษา superficial telangiectasia หรือใช้ NdYAG, Argon, KTP laser รักษา subepithelial arteriovenous malformation เป็นต้น. การจี้จุดเลือดออก ควรทำหลังจากป้าย หรือฉีดยาชาเฉพาะที่ในโพรงจมูกแล้ว การจี้ไปที่หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณที่มีเลือดออกร่วมด้วย จะได้ผลดีกว่าการจี้ไปที่บริเวณที่มีเลือดออกเพียงอย่างเดียว หลังจี้เสร็จแล้วควรใช้ผ้าฝ้ายผสมยาต้านจุลชีพ (เช่น chloramphenicol eye ointment) ป้ายซ้ำอีกที และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ไม้พันสำลีป้ายยาตังก้าวที่บริเวณที่เลือดเคยออก ติดต่อกันนานประมาณ 7-10 วัน ควรหลีกเลี่ยงการจี้ผนังกันช่องจมูกบริเวณเดียวกันที่ด้านตรงกันข้าม เนื่องจากอาจจะทำให้เกิดผนังกันช่องจมูกทะลุเป็นรูได้.

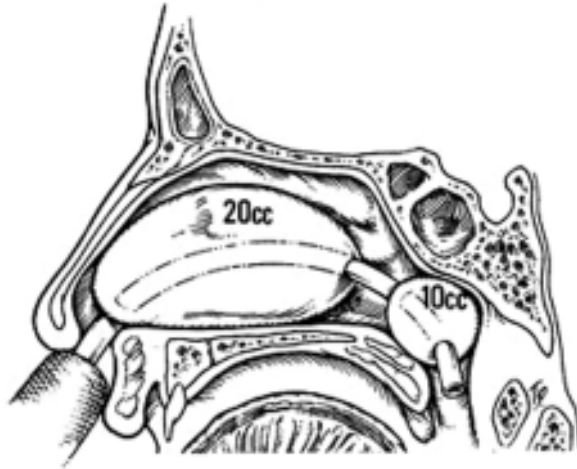
**2.4 การใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงจมูกส่วนหน้า (anterior nasal packing)** เลือกใช้ในรายที่มีเลือดกำเดาออกทางด้านหน้าจำนวนมาก (moderate to severe epistaxis) และไม่สามารถทำให้เลือดหยุดได้โดยการกดหรือการจี้ หรือกรณีที่ไม่เห็นตำแหน่งเลือดออกที่ชัดเจน.

การทำ anterior nasal packing นี้สามารถเลือกใช้วัสดุได้หลายชนิด เช่น กอชชุบวาสลิน (vaseline gauze), การใช้ถุงมือยางยัดด้วยกอช, ฟองน้ำ (nasal sponge), Meroceol<sup>®</sup> (ภาพที่ 3), หรือใช้ nasal balloon (ภาพที่ 4) และอาจเลือกใช้วัสดุซึ่งละลายได้เองโดยไม่ต้องดึงออก เช่น gel foam หรือ Surgicel<sup>®</sup> (oxidized cellulose) ซึ่งเหมาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเลือด โดยก่อนทำการห้ามเลือดวิธีนี้ ควรดูดเลือด และน้ำมูกที่ค้างอยู่ในโพรงจมูกออกเท่าที่ทำได้ และใช้ยาชาร่วมกับยาหดหลอดเลือดเฉพาะที่ก่อน.

การทำ standard anterior nasal packing (ภาพที่ 5) เริ่มจากการใช้กอชชุบวาสลิน ขนาดกว้างประมาณ



ภาพที่ 3. Merocel®.



ภาพที่ 4. nasal balloon.

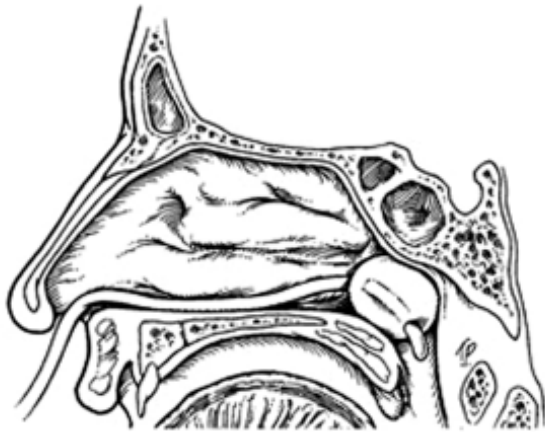


ภาพที่ 5. การทำ standard anterior nasal packing.

¼ นิ้ว เคลือบด้วยยาต้านจุลชีพชนิดซีฟิ่ง สอดเข้าไปในโพรงจมูกผ่านทาง nasal speculum โดยใช้ bayonet หรือ nasal dressing forceps และจัดวางกอลชชุบวาสลีนเรียงเป็นชั้นๆ จากด้านล่างขึ้นด้านบน เพื่อให้แน่นเพียงพอที่จะทำให้เลือดหยุด และให้ลึกจนถึงด้านหลังของโพรงจมูก ซึ่งควรระวังอย่าให้กอลชชุบวาสลีนไหลลงคอ หรืออาจดัดแปลงโดยสอดกอลชชุบวาสลีนในส่วนนี้ของถุงมือยาง เพื่อป้องกันการไหลของกอลชชุบวาสลีนลงไปด้านหลังโพรงจมูก และช่วยให้กอลชชุบ

วาสลีนไม่ติดกับเยื่อจมูก ทำให้ไม่มีเลือดออกเวลาเอา packing ออก หลังทำการให้ยาต้านจุลชีพ ซึ่งครอบคลุมเชื้อ *Staphylococcus aureus* เพื่อป้องกันภาวะ toxic shock syndrome หรือไซนัสอักเสบร่วมด้วย โดยทั่วไปจะใส่วัสดุห้ามเลือดชนิด non-absorbable ไว้ในจมูกนานอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง แล้วจึงพิจารณาเอาออก.

ภาวะแทรกซ้อนจากการห้ามเลือดวิธีนี้ได้แก่ รูเปิดของไซนัสอุดตัน เกิดไซนัสอักเสบ, น้ำตาเอ่อจากท่อหน้าตาอุดตัน (nasolacrimal duct obstruction),



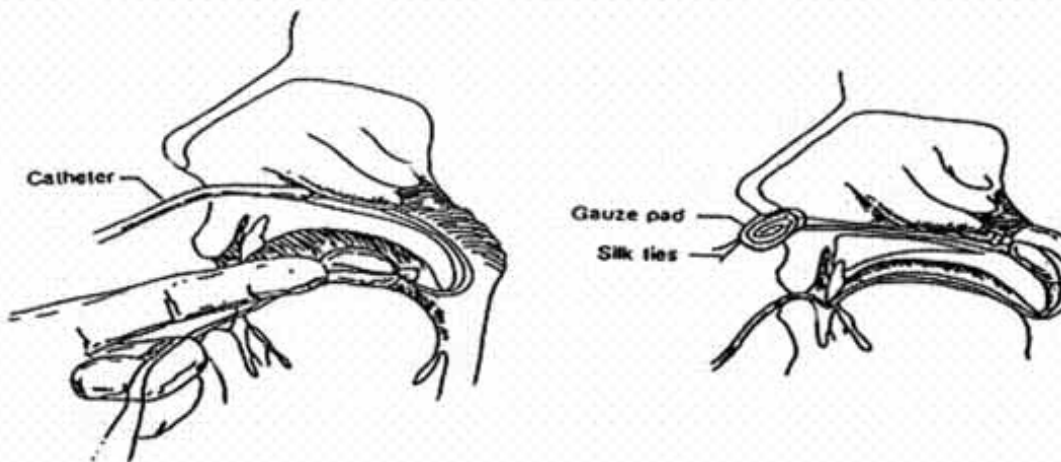
ภาพที่ 6. การทำ posterior nasal packing ด้วย Foley's catheter.

เกิดพังผืดของเยื่อในโพรงจมูก (intranasal synechia), ผ่นกั้นช่องจมูกทะลุ หรือเกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) เป็นต้น.

**2.5 การใช้วัสดุอุดห้ามเลือดในโพรงหลังจมูก (posterior nasal packing)** เลือกใช้ในรายที่มีเลือดกำเดาออกรุนแรง (severe epistaxis) จากด้านหลัง หรือกรณีที่เลือดไม่หยุดไหลหลังจากทำ anterior nasal packing แล้ววิธีทำอาจเลือกใช้ก๊อชชุบวาสลีน, nasal double balloon หรือ Foley's

catheter ขนาดเบอร์ 12 หรือ 14 (ภาพที่ 6) โดยอาจใช้ยาชาเฉพาะที่พ่นในจมูกและลำคอ หรือใช้การดมยาสลบ. การใส่ nasal balloon หรือ Foley's catheter นั้นให้ใส่เข้าไปทางรูจมูกด้านที่มีเลือดออก เมื่อปลายเข้าไปอยู่ในโพรงหลังจมูกแล้ว ให้ใส่ลมหรือน้ำเข้าไปใน balloon พอประมาณ (ไม่ควรจะใส่มากเกินไป เนื่องจากอาจทำให้ balloon ที่ over inflate นั้นดันเพดานอ่อนลงมา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากได้) หลังจากนั้นจึงทำ anterior nasal packing.

กรณีที่ทำเป็น standard posterior nasal packing (ภาพที่ 7) อาจเริ่มทำโดยนำก๊อชชุบวาสลีนขนาด 4 × 4 นิ้ว มาพับ แล้วม้วนเป็นก้อน (roll gauze) โดยขนาดที่ใช้ควรจะมีขนาดพอเหมาะที่จะอยู่ได้เต็ม choana แต่ไม่ใหญ่เกินไปจนรบกวนการกลืน และใช้ไหมหรือ umbilical tapes ผูกที่กึ่งกลางของก๊อชม้วนเป็นก้อน ให้ด้านหนึ่งมีไหม หรือ tape 2 เส้น ส่วนอีกด้านหนึ่งมีไหมหรือ tape เพียงเส้นเดียว และใช้สายยางขนาดเล็ก (rubber catheter) ใส่ทางจมูกข้างที่มีเลือดออกมาก ให้ผ่านโพรงหลังจมูก ลงมาลำคอ จากนั้นให้ผู้ป่วยอ้าปาก และนำปลายของสายยางนั้นออกมาทางปาก เพื่อผูกกับปลายไหม หรือ tape ด้านที่มี 2 เส้นของก๊อชม้วนเป็นก้อนที่เตรียมไว้ แล้วดึงสายยางกลับออกมาทางจมูก เพื่อให้ก๊อชม้วนเป็น



ภาพที่ 7. การทำ standard posterior nasal packing.



ก่อนเข้าไปอยู่หลังโพรงจมูก โดยดึงให้ตึงพอประมาณ และควรใช้นิ้วมือดันกอลงมาเป็นก้อนเข้าไป เพื่อให้กระชับในโพรงหลังจมูกดีขึ้น และทำ anterior nasal packing เมื่อเสร็จแล้วให้ผูกไหมหรือ tape ทั้ง 2 เส้น โดยใช้ผ้ากอซชิ้นเล็กๆ พันรอบไว้หน้าจมูก เพื่อไม่ให้ posterior nasal packing หลุดลงคอ ส่วนไหมหรือ tape ที่เหลืออีก 1 เส้นที่ออกมาทางปาก ให้ใช้เทปเหนียวติดไว้ที่ข้างแก้ม โดยมีจุดประสงค์เพื่อใช้ดึง posterior nasal packing ออกภายหลัง.

หลังทำการให้ผู้ป่วยพักในโรงพยาบาล นอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 -40 องศา ให้ออกซิเจน รวมทั้งยาแก้ปวด และยาต้านจุลชีพด้วย โดยทั่วไปจะทำ anterior nasal packing ร่วมกับ posterior nasal packing เสมอ และพิจารณาเอา packing ออกหรือเปลี่ยนใหม่ภายใน 3-5 วัน ในกรณีที่คาดว่าจำเป็นต้องใส่ packing ไว้มากกว่า 24-48 ชั่วโมง ควรใช้ซีฟิงที่มียาต้านจุลชีพ หรือสารระงับเชื้อ (antiseptic) เป็นส่วนประกอบ ป้ายผ้ากอซร่วมกับวาสลีนด้วยภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการห้ามเลือดด้วยวิธีนี้สามารถพบได้เหมือนการใช้ anterior nasal packing นอกจากนี้ อาจพบปัญหาการสำลัก, การกลืนอาหารลำบาก, ท่อยูสเตเชียนอุดตันและเกิด hemotympanum ได้ หากทำอย่างไม่ระวัง อาจเกิดแผลกดทับบริเวณปีกจมูก หรืออาจมีแผลบริเวณเพดานอ่อน และมุมปากเนื่องจากไหมหรือ tape ของ posterior nasal packing บาดได้.

## 2.6 การฉีดสารอุดหลอดเลือดแดง (angiogram and arterial embolization)

เป็นวิธีการห้ามเลือดที่มีประสิทธิภาพดีมาก มีประโยชน์ทั้งในแง่ของการวินิจฉัย คือ สามารถหาตำแหน่งของหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุ และการรักษา โดยการฉีดสารอุดหลอดเลือด เช่น polyvinyl alcohol, gelfoam ได้แม่นยำ ข้อบ่งชี้คือใช้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกรุนแรง (severe epistaxis) จากทางด้านหลังจมูก และยังไม่หยุดหลังทำ anterior และ posterior nasal packing ไปแล้ว หรือใช้ในผู้ป่วยโรค

หลอดเลือด เช่น hereditary hemorrhagic telangiectasia, arteriovenous malformation และ nasopharyngeal angiofibroma.

ข้อห้ามในการใช้วิธีนี้ ได้แก่ กรณีที่พบว่ามี การเชื่อมประสานของหลอดเลือดที่ติดต่อกันระหว่าง external และ internal carotid artery, ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอย่างมาก (severe atheromatous disease), ผู้ป่วยที่แพ้ contrast media นอกจากนี้ ยังไม่ควรใช้ในกรณีที่มีเลือดออกจากด้านบนของโพรงจมูก ซึ่งอาจเกิดจากแขนงของ internal carotid artery เพราะจะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสมองได้.

ข้อดีของวิธีนี้ คือ สามารถหาจุดเลือดออกได้ชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางแห่งที่หลอดเลือดอยู่ลึก และการผ่าตัดไม่สามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ยังสามารถทำซ้ำได้ ถ้าเกิดมีเลือดออกอีก และอาจไม่จำเป็นต้องดมยาสลบ ส่วนข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายสูง ต้องอาศัยเครื่องมือราคาแพง และรังสีแพทย์ที่มีความชำนาญในการฉีดรังสีหลอดเลือด (angiography) ดังนั้นจึงทำได้เฉพาะในสถาบันที่มีความพร้อมเท่านั้น.

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการห้ามเลือดด้วยวิธีนี้ ได้แก่ สมองขาดเลือด, อัมพาตของเส้นประสาทใบหน้า, ตาบอดจากการอุดตันของ ophthalmic artery, อาการปวดบริเวณใบหน้าและขากรรไกร, เลือดออกและเป็นก้อนเลือดที่บริเวณขาหนีบที่ทำ catheterization เป็นต้น ซึ่งพบได้น้อย.

## 2.7 การผูกหลอดเลือดแดง (arterial ligation)

มักใช้ในกรณีเลือดกำเดาออกรุนแรง (severe epistaxis) ซึ่งเมื่อทำ anterior และ posterior nasal packing แล้วไม่ได้ผล การจะเลือกว่าผูกหลอดเลือดใดนั้น ขึ้นอยู่กับการคิดว่าเลือดที่ออกมานั้น ออกมาจากตำแหน่งใด และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตำแหน่งนั้นคือหลอดเลือดอะไร โดยตำแหน่งของหลอดเลือดแดงที่อาจผูกได้ ได้แก่ external carotid artery โดยผ่านทางแผลผ่าตัดที่ลำคอ, internal maxillary artery ซึ่งอาจทำผ่านทาง maxillary sinus (transantral)

หรือทางปาก (transoral), sphenopalatine artery ซึ่งปัจจุบันนิยมทำผ่านทางกล้องส่องในจมูก (endoscopic sphenopalatine artery ligation) แล้วใช้การจี้ด้วยไฟฟ้า หรือใช้อุปกรณ์บีบหลอดเลือด นอกจากนี้ อาจทำการผูก anterior หรือ posterior ethmoidal artery ได้โดยผ่านทางแผลบริเวณข้างหัวตา.

**3. การค้นหาสาเหตุ และให้การรักษาสาเหตุ** เช่น การผ่าตัดเพื่อกำจัดเนื้องอก, การผ่าตัดเอารอยโรคออก และซ่อมเยื่อบุผิวที่ผนังกันช่องจมูกด้วยผิวหนัง (septodermoplasty) ในผู้ป่วย hereditary hemorrhagic telangiectasia, การแก้ไขความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด หรือการทำผ่าตัดแก้ไขผนังกันช่องจมูกคด (septoplasty) หรือการตัดกระดูกที่งอก (spur resection) ในผู้ป่วยที่มี

ผนังกันช่องจมูกคด หรือมีกระดูกงอก ที่ทำให้มีปัญหาเลือดออกจากจมูก เป็นต้น.

## สรุป

ภาวะเลือดกำเดาไหล หรือเลือดไหลออกจากจมูก เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และเป็นภาวะฉุกเฉินทางหู คอ จมูก ที่แพทย์ทั่วไป ควรให้การวินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้นได้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแคะจมูก หรือการอักเสบในโพรงจมูกโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุน้อย การดูแลรักษาที่ต้องปฏิบัติอย่างทันที่ คือ การห้ามเลือด และประเมินปริมาณเลือดที่เสียไป เพื่อที่จะให้ทดแทนอย่างเหมาะสม และการหาสาเหตุ และรักษาตามสาเหตุ.

## เอกสารอ้างอิง

1. Ballenger JJ. Epistaxis, septal perforation, and skin of the face. In : Ballenger JJ, Snow JB, editors. Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 15<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Williams & Wilkins; 1996. p.153-62.
2. Emanuel JM. Epistaxis. In : Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, Richardson MA, editors. Otolaryngology Head and Neck Surgery Vol.2. 3<sup>rd</sup> ed. Missouri : Mosby-Year Book; 1998. p.852-65.
3. Santos PM, Lepore ML. Epistaxis. In : Bailey BJ, Pillsbury III HC, Driscoll BP, editors. Head

- and Neck Surgery-Otolaryngology. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p.513-30.
4. Hilger PA. Disease of the nose. In : Adams G, Boies LR, Hilger PA , editors. Boies fundamental of Otolaryngology. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1989. p.206-48.
5. Kuhn FA, Citardi MJ. Refractory posterior epistaxis. In : Gates GA, editor. Current therapy in Otolaryngology Head and Neck Surgery. 6<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby-Year Book; 1998. p.331-5.